

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 juillet 1893, à 1 heure

Par HEIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSPEPSIE

CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.
 } DEJERINE, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 juillet 1893, à 1 heure

Par HEIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DYSPEPSIE
CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { DEJERINE, GAUCHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893 •

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
	}	G. SÉE.
Clinique médicale		POTAIN.
	}	JACCOUD.
		PETER.
	}	GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		CHARCOT.
	}	TILLAUX.
Clinique chirurgicale		LE FORT.
	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJÉRINE	MARFAN	RETTÉRE	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0062

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSPEPSIE

CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Nous aurions désiré faire une étude plus complète des troubles digestifs qui s'observent chez les neurasthéniques. Pressé par le temps, nous devons nous borner à étudier un point d'étiologie.

M. le professeur Potain a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et nous l'en remercions vivement, en regrettant de n'avoir pu rendre ce modeste travail plus intéressant et plus complet.

HISTORIQUE

Si la neurasthénie n'est pas une maladie nouvelle, puisqu'en cherchant bien on peut en trouver les principaux traits, sous d'autres noms, dans les auteurs déjà anciens, on peut dire que sa description est récente.

Son histoire date de Beard, qui, dans un mémoire publié par le *New-York med. journal*, en donna la première description : en sorte que le nom de maladie de Beard, que lui donnent quelques auteurs, serait assez justifié, si l'on n'avait une tendance à abuser des noms propres pour désigner diverses affections. Il serait en somme aussi juste de l'appeler maladie d'Hippocrate, car le « père de la médecine » en a laissé une description courte et précise. Et l'hypocondrie de Galien n'était pas si loin des splachnoptoses de M. Glénard. On pourrait aussi leur imposer le nom de R. Whytt, qui dans son *Traité des maladies nerveuses*, isole la neurasthénie, qu'il appelle l'état des gens nerveux, de l'hystérie et de l'hypocondrie.

Si nous avons l'intention d'écrire ici l'historique complet de la neurasthénie il nous faudrait citer les noms de Bouchut, Krishaber, Leven, Valleix, etc.

Contentons-nous de rappeler les ouvrages récents

de Weir Mitchell, de Bouveret, de Levillain, et surtout ceux de l'Ecole de la Salpêtrière et les leçons si intéressantes de M. Charcot : mais tous ces travaux se rapportent à la neurasthénie considérée en général. Pour la forme que nous étudions, elle a été l'objet de quelques mémoires intéressants : en première ligne ceux de M. Glénard, qui fait des troubles moteurs de l'estomac la cause première de la neurasthénie. Vient ensuite les thèses de Mounier, de Blanc-Champagnac ; les traités de MM. Debove, Germain Sée, etc.

Tous ces ouvrages offrent des divergences considérables, non pas au point de vue de la description clinique, mais au point de vue des relations qui unissent la neurasthénie et les troubles gastriques. Nous ne nous arrêterons pas maintenant à la discussion de ces diverses opinions. Nous les exposerons à mesure que l'occasion s'en présentera.

LIMITES DU SUJET

Nous avons choisi comme sujet de cette étude, non pas les accidents gastriques liés à la neurasthénie, mais seulement un cas particulier de ces accidents. En effet, nous tenons seulement à mettre en lumière ce fait, que les maladies infectieuses peuvent agir sur l'appareil digestif et y déterminer la production d'accidents d'ordre neurasthénique. Nous dirions volontiers, d'après notre faible expérience personnelle, qu'une maladie infectieuse nous paraît surtout capable de déterminer ce genre d'accidents : la grippe.

On peut se demander à quels caractères on peut reconnaître que les troubles dyspeptiques observés à la suite d'une maladie infectieuse sont d'ordre neurasthénique. En d'autres termes nous devons d'abord étudier les accidents neurasthéniques habituels et rechercher si leur caractéristique symptomatique peut s'appliquer aux cas que nous examinons.

Et d'abord, qu'est-ce que la neurasthénie ? C'est, dans l'état actuel de la science, une névrose, c'est-à-dire une maladie *sine materia*, sur laquelle les examens nécroscopiques, fort rares d'ailleurs, ne nous fournissent aucun renseignement en ce qui concerne le système nerveux.

Mais on sait que beaucoup d'auteurs considèrent la

neurasthénie comme une sorte de névrose réflexe, ayant un point de départ dans une lésion matérielle d'un organe important. L'utérus et les annexes ont été particulièrement incriminés. Mais il est un organe dont on a élevé les lésions les plus diverses à la hauteur d'une cause provocatrice. Cet organe, c'est l'estomac.

déséquilibrés, excitables à l'excès, irritables, sont tout simplement des neurasthéniques.

Y a-t-il à tenir compte de l'influence du sexe ? Si nous nous rapportons à nos souvenirs nous serions tenté de croire que la neurasthénie est plus fréquente chez l'homme. C'est une question controversée, et nous n'avons pas la prétention de la trancher.

Causes déterminantes. — Chez un sujet prédisposé par son hérédité, son genre de vie, etc., une cause souvent insignifiante en apparence suffira par déterminer l'apparition des accidents de neurasthénie confirmée. Un violent chagrin, un traumatisme, une intoxication, une maladie intercurrente va, chez le prédisposé, suffire à faire éclore les phénomènes les plus caractéristiques de la névrose.

Le « *Railway Brain* », le « *Railway Spine* », des auteurs anglais et américains, ne paraissent en somme représenter que des accidents neurasthéniques.

En un mot, chez les prédisposés héréditaires ou professionnels, tout choc physique ou moral, toute impression brusque, peut déterminer, pour la neurasthénie comme pour l'hystérie, l'explosion d'accidents, latents jusque-là, qui ne demandaient qu'une occasion favorable pour se révéler.

Telle est l'étiologie de la neurasthénie en général. Nous ne touchons pas au problème soulevé par M. Glénard, les relations étiologiques entre les *ptoses* et les accidents neurasthéniques.

Etiologie de la neurasthénie gastrique. — Ces causes, allons-nous les retrouver dans l'étiologie de la neuras-

thénie à forme ou à prédominance gastrique ? Cela n'est pas douteux.

Dans toutes les observations de dyspepsie neurasthénique on peut retrouver une cause ayant à un moment donné agi sur le système digestif. Chez l'un, ce sera une nourriture insuffisante ; chez l'autre, des excès, etc.

Dans les grandes villes, où la neurasthénie n'est pas rare dans la classe ouvrière, on relève souvent dans les antécédents des malades des privations de toutes sortes, ou encore de véritables intoxications, produites par la nourriture à la fois insuffisante et mauvaise à laquelle sont trop souvent condamnés les ouvriers, les artisans, tous ceux à qui la pauvreté interdit de choisir leur alimentation en raison de leurs besoins.

Le même résultat sera atteint chez les malades appartenant à la classe riche, si, avec une nourriture nécessairement suffisante en quantité et en qualité, leurs fonctions digestives sont troublées par les préoccupations, le travail intellectuel exagéré et commencé trop près du repas.

Le traumatisme paraît pouvoir revendiquer sa part dans l'étiologie des dyspepsies neurasthéniques. Un des malades de Monnier, robuste ouvrier forgeron, ne faisant pas d'excès, était devenu neurasthénique, et neurasthénique dyspeptique, à la suite d'un coup de barre de fer sur l'épigastre. Et c'est ici le cas de rappeler la fréquence des dyspepsies chez les hommes intellectuellement occupés, qui passent chaque jour de

ETIOLOGIE

« La neurasthénie est la seule de toutes les grandes
« névroses qui puisse se développer et s'acquérir de
« toutes pièces, accidentellement, en dehors de l'hé-
« rédité » (Levillain).

Cela revient à dire que les causes de la neurasthénie sont d'ordre plus banal que ne le sont communément les causes de l'hystérie. Dans un de nos faits l'hérédité est nulle.

On peut distinguer ces causes en deux groupes : les prédisposantes, les déterminantes.

Causes prédisposantes. — Malgré l'absence relativement fréquente de l'hérédité nerveuse, on peut, avec M. Déjerine « considérer la neurasthénie comme la
« forme initiale d'où dérivent toutes les autres névro-
« ses, comme la source d'où émergent tous les rameaux
« de la grande famille névropathique. »

« Elle est, dit Moëbius, le germe originel d'où déri-
« vent, par développement ultérieur, pour se transmet-
« tre ensuite par l'hérédité, l'hystérie, la mélancolie,
« la manie et l'aliénation. » Sa place dans l'hérédité névropathique est donc bien marquée.

Mais, si elle peut constituer un point de départ, elle

représente aussi fréquemment un point d'arrivée, et les sujets que Lasègue appelait des « cérébraux » sont souvent des neurasthéniques, ou du moins portent en eux tout ce qu'il faut pour le devenir, si les circonstances s'y prêtent. Notre observation. II en est une preuve. La neurasthénie devient, pour employer l'expression de Moëbius, « le cercle central des différentes névroses par lequel elles sont toutes reliées entre elles. »

La cause provocatrice ou plutôt génératrice des accidents neurasthéniques, s'est le surmenage nerveux sous toutes ses formes, physique, intellectuel, émotif, génital : la vie des grandes villes, avec ses multiples excitations sur lesquelles Beard a insisté à juste titre ; le travail exagéré, et particulièrement les émotions inséparables des entreprises commerciales ou financières ; l'épuisement sexuel ; les secousses morales violentes, voilà les grandes causes que l'on retrouve dans toutes les observations de neurasthénie.

Notre malade n° 1 est un surmené par des opérations de banque et de bourse.

Et tous les médecins savent à quel point est fréquente la neurasthénie chez les hommes politiques, exposés aux émotions violentes, aux luttes âpres, aux désenchantements.

L'enfance même, contrairement à l'opinion de la majorité des auteurs, n'en est pas exempte. En regardant de près certains enfants, nerveux à l'excès, et d'ailleurs issus de névropathes ou élevés, comme le sont souvent les enfants qui vivent dans un milieu trop « civilisé », on peut se convaincre que ces petits

longues heures, assis à écrire devant une table sur le bord de laquelle leur creux épigastrique s'applique étroitement.

Des traumatismes, on peut rapprocher les excès, véritables traumatismes gastriques. Un malade, vu par M. Debove, bien portant pendant des années, avait vu sa dyspepsie se développer après l'absorption de plusieurs absinthes, alors qu'il était habituellement très sobre.

A ces causes bien établies, nous croyons pouvoir en ajouter une moins connue, niée même par plusieurs auteurs : nous voulons parler de l'action des maladies infectieuses sur l'estomac. Tous les médecins qui ont à soigner des dyspeptiques, les gens du monde même savent à quel point les dyspeptiques sont nerveux et irritables et tous aussi savent que souvent les malades font remonter avec juste raison le début de leur maladie à une maladie antérieure.

Dans une de nos observations le rôle étiologique de la grippe nous semble nettement établi ; dans l'autre, c'est après une tuberculose longtemps traitée que les accidents se développent : dans les deux observations que nous empruntons à Monnier c'est une pleurésie dans un cas, une fièvre typhoïde dans l'autre.

On remarquera que sur ces quatre cas deux se rapportent à des maladies ayant agi directement sur l'estomac : le sujet de notre observation I avait eu nettement une grippe à forme gastrique. Le dernier avait eu une fièvre typhoïde ; or, Ewald, Riegel, M. Sée, ont tous vu et signalé des faits de dyspepsie *gastrique* avec

troubles sécrétoires, consécutifs à des lésions intestinales.

En même temps, nos sujets étaient soumis aux causes prédisposantes que nous signalions plus haut : surmenage intellectuel, soucis, inquiétudes morales, privations, et enfin influence héréditaire, assez nette dans notre observation I.

PATHOGÉNIE

Quel est exactement le mode d'action de toutes ces causes sur la production de la neurasthénie en général et de la forme gastrique en particulier ?

La question des rapports de la dyspepsie et de la neurasthénie est une des plus controversées de la pathologie. On sait, nous l'avons déjà dit, et si court que soit ce travail, nous aurons occasion de le répéter, que les médecins sont divisés en deux camps : Les uns, avec M. Charcot, avec Béard, placent dans le système nerveux, dans le « nervous exhaustion » de notre compatriote le point de départ des accidents. Les autres, avec l'école dont M. Glénard, à Lyon, M. le professeur Bouchard, à Paris, sont les représentants les plus autorisés, renversent la proposition. Pour eux, c'est la dyspepsie qui est le point de départ des accidents ; que cette dyspepsie soit d'origine mécanique, comme le veut M. Glénard, qu'elle agisse en empoisonnant l'économie, comme M. Bouchard l'admet.

Pour nous, nous admettons volontiers l'influence prépondérante de l'énément nerveux. Que nous apprend en effet l'étude des malades ? C'est que chez tous, soit par hérédité, soit par suite des conditions d'excitation, le système nerveux est surmené d'une façon

quelconque. C'est au milieu de ces conditions de surmenage accidentel ou de débilité héréditaire que survient la maladie infectieuse à laquelle le malade, en vertu de la tendance naturelle à tout expliquer par le « *Post hoc, ergo propter hoc* » tend tout naturellement à attribuer les accidents dont il souffre.

On peut faire aux défenseurs de l'origine gastrique de la neurasthénie une grave objection. La première, faite depuis longtemps à M. Glénard, c'est que les ptoses qu'il a décrites avec un incontestable talent ne sont pas toujours faciles à constater, puisque des observateurs comme M. Féréol ou M. Dujardin-Beaumetz n'ont pu se convaincre de leur existence.

Mais admettons qu'elles existent. Peut-on les trouver toujours ? Et d'autre part ne voit-on pas parfois des malades affaiblis, des hernieux, des femmes affectées de prolapsus utérins, ne manifester aucun des signes de la neurasthénie ? Pourquoi celle-ci chez les uns et pas chez les autres ? Cette constatation, que le monde peut faire, aboutit simplement à se demander s'il n'y a pas, au-dessus de la cause locale, une influence plus générale.

Aux partisans de la neurasthénie par intoxication la même objection peut être faite. Il ne manque pas de sujets qui avec une dilatation gastrique, ne se portent pas plus mal. Et l'intoxication est-elle démontrée, est-elle même acceptable chez tous ? Nous nous contenterons de rappeler que la théorie toxique de la dilatation défendue avec tant d'autorité par M. Bouchard, soutenue avec talent par ses élèves et en particulier par

M. Le Gendre, repose sur l'absence ou l'insuffisance de l'HCl dans les estomacs dilatés. Or, on sait aujourd'hui que la plupart des neurasthéniques dilatés sont des hyperchlorhydriques (Lyon, Debove, G. Sée, Mathieu). Nous n'insisterons pas; nous rappellerons seulement que chez les neurasthéniques qui présentent de véritables crises d'hyperchlorhydrie, les phénomènes névropathiques ne sont ni plus ni moins accentués au moment des crises ou dans leurs intervalles.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille dénier aux désordres de la digestion gastrique toute part dans les accidents neurasthéniques? Nous sommes loin de le penser, et nous estimons que cette façon d'envisager les questions médicales uniquement sous un de leurs aspects est anti-scientifique. En médecine, les problèmes sont complexes : leur solution n'est pas simple, et la conscience de notre ignorance sur beaucoup de points devrait nous rendre plus réservés et plus modestes. Pour nous en tenir au point de vue restreint qui nous occupe, il n'est pas niable qu'en traitant l'estomac des neurasthéniques on améliore souvent leurs fonctions digestives, et assez fréquemment leur état nerveux.

Comme le fait remarquer M. Mathieu, comme l'admettent d'ailleurs tous les observateurs, dyspepsie et névropathie réagissent l'une sur l'autre; un estomac atone par épuisement nerveux, offre des troubles de sécrétion. La physiologie nous apprend que les qualités digestives et la quantité de suc gastrique sont grandement influencées par l'excitation ou la section des rameaux sympathiques ou pneumogastriques. D'autre

part, une fois ces troubles sécrétoires ou moteurs constitués, ils retentissent à leur tour, par les troubles digestifs qu'ils entraînent, par les douleurs qu'ils provoquent sur le système nerveux ; en sorte que le malade est enfermé dans une sorte de cercle de souffrances et d'accidents.

Pour nous résumer et en revenir à l'idée qui a été le point de départ de cette étude, nous croyons que les maladies infectieuses peuvent agir chez les neurasthéniques en raison de l'état préalable du système nerveux préparé, prédisposé par une des causes que nous avons énumérées, surmenage, hérédité, etc. Les lésions qu'elles déterminent ont chez ces malades un retentissement tout spécial, en raison précisément de cette débilité préexistante du système nerveux.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE L'ESTOMAC DANS LA NEURASTHÉNIE.

1° *Lésions de la muqueuse.* — Ces lésions ressortissent quelquefois à un état décrit sous des noms divers, et qui est généralement connu sous le nom de gastrite atrophique. C'est un médecin anglais, Fenwick, qui l'a signalé le premier, et en a fait le substratum de l'anémie pernicieuse progressive. Mais c'est surtout en Allemagne qu'elle a été l'objet d'une étude complète, à laquelle les noms de Meyer, Baginsky, Jaworsky, Ewald, Boas, restent attachés.

Meyer désigna cette forme de gastrite par le nom

de phthisie gastrique. Lyon, qui donne dans sa thèse un court résumé des opinions des auteurs, lui reconnaît deux formes, la forme localisée, la forme généralisée. Ce qui domine dans cette gastrite, c'est l'atrophie des glandes à pepsine et l'absence de mucus (Boas). L'estomac n'est plus alors qu'un sac dénué de tout pouvoir digestif.

Étiologiquement, cette forme de gastrite se rattache au cancer, viscéral ou externe, au diabète, à toutes les intoxications de longue durée. Elle fait partie du complexe décrit par Reichmann ; enfin, elle peut succéder à une dyspepsie chimique ordinaire ; mais cette terminaison est heureusement loin d'être constante, et bon nombre de dyspeptiques ne présentent jamais, ni les lésions anatomiques si graves de la gastrite atrophique, ni le déplorable état général qui les accompagne.

Beaucoup de neurasthéniques ne paraissent pas, d'ailleurs, être atteints aussi gravement. La plupart n'ont que des troubles dyspeptiques relativement légers, qu'il est impossible de rapporter à une lésion aussi profonde des éléments sécréteurs de l'estomac.

Lésions du système nerveux gastrique. — Leube (*Anal. in Sem. Méd.*, 8 mai 1884) ne croit pas que des altérations nerveuses puissent être mises en évidence : pour lui, elles n'ont jamais existé, ou ont disparu quand l'examen est pratiqué.

D'après Jürgens (*Verhandl. des Congr. f. innere medicin*, 1884), on pourrait constater dans les plexus de Meissner et d'Auerbach des lésions de dégénéres-

cence étendue. Blaschko a noté les mêmes lésions dans un cas d'atrophie gastrique avec disparition des glandes ; mais rien ne prouve que son malade fût neurasthénique.

Lésions de la tunique musculaire. — Un estomac dont la tunique musculaire est atrophiée ou dégénérée se dilate ; ce qui ne veut pas dire que toute dilatation repose sur une atrophie de la tunique musculaire ; il y a des dilatations qui s'accompagnent d'une véritable hypertrophie de la couche musculaire (Lebert, Mathieu). Il est vrai que cette hypertrophie est contestée par Ewald.

Duplay père avait admis deux variétés de dilatation gastrique avec lésion des couches musculaires : dans l'une, ces couches sont détruites, dans l'autre elles sont simplement amincies. Ce qui paraît bien constaté, c'est que la couche musculaire peut présenter les altérations les plus diverses, ou même ne pas offrir d'altération du tout. Quand elles sont malades, elles peuvent être affectées d'atrophie simple, de dégénérescence colloïde (Lebert), de dégénérescence graisseuse (Ewald).

Anomalies de situation. — A la dilatation se rattache un ensemble de troubles auxquels M. Glénard a consacré de longs travaux. Pour lui, ces déplacements ou plutôt ces ptoses seraient le *primum movens* de la neurasthénie.

Pour cet auteur, la gastropiose représente un cas particulier d'un phénomène plus général ; la ou plutôt les splanchnoptoses. Ce sont « les prolapsus ou chutes

des organes contenus dans la cavité abdominale, à la suite, soit du relâchement des différents ligaments qui les soutiennent, soit d'une hypotension de la paroi abdominale, devenue flasque et dépressible. »

Comme le fait remarquer Levillain (*La neurasthénie*, Paris, 1891), M. Guéniot, en 1879, avait déjà émis la même idée en présentant à l'Académie des faits de prolapsus pariéto-viscéral.

D'après M. Glénard (*Revue de médecine*, 1887), « dans la neurasthénie confirmée, l'exploration méthodique du mésogastre décèle quatre signes importants : 1° flaccidité de l'abdomen (diminution de tension, ballotement, ventre en besace, en gourde, en bissac ou en bateau (hypotase abdominales de τασις, tension); 2° prolapsus, abaissement de la masse intestinale; entéroptose, et, accessoirement, dans un tiers des cas, prolapsus viscéraux, tels que rein flottant (néphroptose) foie mobile (hépatoptose) rate mobile (splérop-tose), c'est-à-dire en général splanchnoptoses diverses des crises; 3° étroitesse du côlon (boudin cœcal rénitent et sensible, cordon sigmoïdal, corde colique transverse, et comme conséquence battement épigastrique); entérosténose; 4° enfin, clapotement gastrique par abaissement et flaccidité de l'estomac (gastroptose et atonie gastrique).

Nous devons dire que tous les signes n'ont pas été retrouvés par les observateurs, comme M. Féréol, qui dit n'avoir pu parvenir à les rencontrer (Soc. méd. des Hôpitaux), ou comme M. Dujardin-Beaumetz qui n'a pu en constater que quelques-uns.

On voit que les lésions de l'estomac peuvent être nombreuses. Est il possible de les considérer comme caractéristiques ? Malgré les efforts et le talent de M. Glénard il est difficile de considérer ces ptoses comme représentant l'anatomie pathologique de la neurasthénie. Qu'on puisse les rencontrer chez des neurasthéniques, personne ne le nie absolument : mais qu'ils constituent le substratum nécessaire de l'affection, il est difficile de l'admettre.

Chez nos deux malades il existait de la dilatation gastrique : mais bien que nous connaissions le travail de M. Glénard, nous avons, comme M. Dujardin-Beaumetz, vainement cherché la corde colique, le boudin cœcal, le cordon sygmoïdal, etc., du médecin Lyonnais.

DESCRIPTION CLINIQUE

Les dyspeptiques neurasthéniques offrent à l'observation :

1° Des signes rationnels de dyspepsie gastrique ou gastro-intestinale.

2° Des signes physiques définissant la variété de dyspepsie. Ces signes comprennent :

a). — Les signes fournis par la motilité :

b). — Les signes fournis par le chimisme ;

3° Les signes de l'état neurasthénique.

SIGNES RATIONNELS.

La douleur. — Celle-ci est variable dans son expression. Tantôt elle est intense, comme dans les crises d'hyperchlorhydrie aiguë qui caractérisent la gastroxie ou gastroxynsis de Rossbach. Tantôt, et plus souvent peut-être, c'est une sensation de pesanteur vague, survenant parfois immédiatement après le repos, d'autre fois au contraire et plus souvent, quatre à cinq heures après l'ingestion des aliments. Chez quelques sujets, cette douleur a tous les caractères de la crise gastrique, au point que le diagnostic avec le tabes ou l'hystérie doit être soigneusement examiné.

Chez d'autres, ce sont des crampes, des sensations de pincement, de brûlure, etc.

Les éructations, la flatulence. — Certains malades n'ont qu'une sensation de gonflement gazeux, avec météorisme appréciable à la vue et à la percussion. Chez d'autres, il y a des renvois inodores dont l'expulsion amène un soulagement momentané.

Ailleurs ce sont des renvois odorants, indiquant la présence de fermentations vicieuses dans l'estomac.

Le pyrosis. — Sensation fréquente, mais non constante, le pyrosis est tantôt un vrai pyrosis, tantôt une simple sensation d'ardeur dans la gorge, sans rejet de liquide.

Les vomissements. — A ce point de vue il existe chez les dyspeptiques neurasthéniques deux types bien distincts.

Les uns n'ont jamais de vomissements ; c'est le plus grand nombre : les autres, au contraire, en présentent les uns vomissant leurs aliments, les autres ayant simplement, le matin surtout, de véritables vomissements pituiteux.

Signes divers. — Nous ne parlons pas de la céphalée, des changements de caractère, etc ; ils trouveront leur place plus loin.

L'insomnie, avec des caractères particuliers bien décrits par M. G. Sée (Acad. de méd. et *Médecine moderne*). Ce symptôme semble relever surtout de l'hyperchlorhydrie. Voici sous quelle forme il se présente. Le malade, qui a diné plus ou moins bien, parfois de bon appétit, s'endort peu de temps après le

repas. Puis, vers 1 ou 2 heures le matin, il se réveille sans éprouver de douleur, mais seulement une sensation d'angoisse, quelquefois simplement une sorte d'agacement nerveux. Puis au bout de quelques heures il se rendort et se réveille le matin, brisé, plus fatigué que la veille.

SIGNES PHYSIQUES.

a. Motilité. — Inspection et palpation. — L'inspection révèle souvent, mais non toujours, un état de flaccidité spéciale des parois de l'abdomen.

Mais fréquemment au lieu de cette flaccidité, c'est au contraire une certaine raideur que l'on rencontre; il est vrai de dire que parfois la palpation est rendue difficile par la douleur qui n'est pas un phénomène constant, il s'en faut, mais qui peut se ressentir. En ce cas, les muscles se raidissent momentanément, alors qu'ils sont flasques et mous à l'état normal.

La palpation, pratiquée selon les règles posées par M. le professeur Bouchard, permet de sentir, sur une ligne allant de l'ombilic au bord inférieur des fausses côtes gauches, une sorte de glou-glou spécial, le bruit de *clapotage* ou de succussion gastrique. On sait que cette palpation doit être pratiquée à distance des repas, 4 heures au moins. Elle révèle la dilatation gastrique affirmée encore par la présence des nodosités phalangiennes de M. Bouchard.

Mais tous les dyspeptiques neurasthéniques ne sont

pas des dilatés. Il en est qui n'offrent pas traces d'ectasie gastrique. Ce sont « les distendus » de Malibran ; Ceux-là peuvent avoir momentanément un estomac plus ample qu'à l'état normal, mais loin d'avoir perdu son énergie, la tunique musculaire est au contraire plus excitable, et paraît dans certains cas offrir un véritable état de contracture dont l'intolérance immédiate de l'estomac chez certains malades peut donner une idée.

Examen direct de la motilité. — On a cherché dans ces dernières années à apprécier directement le pouvoir moteur de l'estomac. Une première constatation peut être faite par le lavage, qui ramène parfois au bout de plusieurs heures des débris d'aliments mal concassés, indiquant que le brassage gastrique s'effectue mal. Mais cette constatation peut ne pas suffire. Aussi a-t-on proposé des méthodes plus précises, mais aussi plus difficiles peut-être à mettre en œuvre.

Klemperer a cherché, en faisant ingérer à ses malades une quantité connue d'huile, et en extrayant au bout d'un temps déterminé ce qui peut rester d'huile dans la cavité gastrique, à se rendre compte du pouvoir moteur de l'estomac. Mais cette méthode a l'inconvénient d'être désagréable pour les malades.

Les procédés chimiques d'Ewald et Sievers et de Günzburg sont plus facilement acceptés. L'épreuve du salol, proposée par Ewald, vérifiée par Einhorn, repose sur ce fait que le salol ne se dissocie que dans l'intestin, et que par conséquent le temps au bout duquel la réaction de l'acide salicylurique apparaîtra, mesure le

temps employé par l'estomac à se contracter du pylore au cardia. Malheureusement cette réaction n'est pas toujours aisée à voir. Et de plus, M. Bourget, de Genève, a constaté que l'épreuve du salol donne des résultats variables avec l'alimentation : l'élimination du salol est plus longue après un repas composé de viande. Brunner est arrivé aux mêmes résultats.

Le procédé de Günzburg, reposant sur la mise en liberté de l'iodure de potassium, contenue dans des capsules fermées avec des fils de fibrine, a donné à M. Marfan des résultats assez bons ; mais il est compliqué et destiné surtout à l'appréciation du pouvoir chimique de l'estomac.

Mesure de la capacité gastrique. — On doit à MM. Mathieu et Rémond (Soc. de Biol., 1891), un procédé destiné à évaluer la capacité de l'estomac. Ce procédé consiste à introduire dans la cavité gastrique une certaine quantité d'eau, à l'extraire et à mesurer par une simple règle de proportion, la quantité restant après un temps déterminé.

b. — Chimisme. — L'étude du chimisme gastrique est aujourd'hui entrée dans la pratique avec les travaux allemands et français, auxquels s'attachent les noms d'Ewald et Bos, Riegel, Klemperer, G. Sée, Debove, Rémond, Mathieu, etc.

Nous n'entrerons pas dans le détail des procédés d'analyse qualitative et quantitative, dont on trouve un excellent exposé dans la thèse du D^r Lyon et dans les ouvrages de M. Debove. Une revue de la *Gazette des Hôpitaux*, rédigée par M. Mathieu, donne tous les

détails relatifs à la méthode quantitative de M. Hayem.

Disons seulement que les résultats généraux de la méthode chimique conduisent à admettre trois types distincts :

1° Ceux qui sont caractérisés par l'excès de l'HCl.

2° Ceux qui sont caractérisés par l'excès des acides de fermentation, avec absence totale ou simplement mauvaise utilisation de l'acide chlorhydrique.

3° Enfin ceux où le chimisme est absolument normal.

La plupart des neurasthéniques sont des hyperchlorhydriques. L'étiologie de l'hyperchlorhydrie (hyperpésie de M. Hayem) comporte, en effet, la présence d'excitations nerveuses ; la clinique révèle un état névropathique accentué.

Cependant il est des neurasthéniques hypochlorhydriques, même anachlorhydriques ; d'autres ont un chimisme normal. Enfin, aux types admis, notre observation II permettrait peut-être d'en ajouter un, le type variable, tantôt hyper et tantôt anachlorhydrique.

SIGNES DE LA NEURASTHÉNIE.

La disproportion entre les résultats de l'examen physique et l'état accusé par les malades, la variabilité possible du chimisme, sont déjà des arguments en faveur de la nature névropathique des accidents. Mais pour affirmer l'état neurasthénique il faut des données plus précises. Ces données, c'est la recherche

des signes spéciaux, des stigmates neurasthéniques que M. Charcot nous a fait connaître.

Ces stigmates, dont la description est aujourd'hui partout, sont en première ligne : 1° La céphalée, qui affecte généralement la forme d'un casque (Galeati de M. Charcot) : 2° ensuite l'impuissance professionnelle, la *dyspepsie spéciale*, la frigidité génésique, la fatigue précoce, l'hypocondrie, la rachialgie (irritabilité spinale). A ces grands stigmates, il convient d'ajouter les palpitations, l'oppression sans cause, l'ischémie, et surtout ce faciès spécial bien connu des médecins; cet air triste, cette voix cassée, et le carnet, le fameux carnet neurasthénique, sur lequel le malade note avec un soin extrême les incidents les plus insignifiants, les épisodes les plus futiles et parfois même les plus répugnants de sa maladie.

Ce sont ces stigmates qui donnent à la dyspepsie des neurasthéniques son caractère spécial; ce sont eux qui permettent de conclure du désordre local à la maladie générale. Les omettre dans l'examen d'un malade est une grave erreur; n'en pas tenir compte dans le traitement, une faute énorme.

PRONOSTIC

Le pronostic de la dyspepsie des neurasthéniques se confond avec celui de la neurasthénie en général. C'est dire que s'il n'est pas immédiatement grave au point de vue de la vie, il ne doit pas être envisagé avec trop d'optimisme, la névrose qui débilite le système nerveux mettant par cela même l'organisme en état de réceptivité, sans parler de la gêne que la névropathie apporte au fonctionnement de la vie de relation.

Le pronostic nous paraît devoir être encore plus réservé quand on se trouve en présence d'un malade chez qui la dyspepsie a manifestement succédé à une maladie infectieuse. Ici, en effet, il est probable que l'estomac doit être matériellement malade, d'où une cause d'aggravation par la névrose, de durée et peut-être d'incurabilité par la dyspepsie.

DIAGNOSTIC

Nous serons bref sur ce point, les détails dans lesquelles nous sommes entré nous paraissant assez nets.

Nous rappellerons que le diagnostic de dyspepsie neurasthénique ne doit être posé que si le sujet offre les symptômes, les stigmates de la neurasthénie.

La seule difficulté du problème consiste à ne pas méconnaître une lésion matérielle de l'estomac survenant chez un neurasthénique. Il n'y a, nous le confessons, aucun moyen sûr de l'affirmer ou de la nier. La variabilité des signes, le chimisme normal ou variable, les améliorations et les rechutes brusques provoquées par de petites causes seront un des meilleurs arguments en faveur de la nature purement nerveuse des accidents.

TRAITEMENT

Il y a deux choses dans les phénomènes gastriques de la neurasthénie : ces phénomènes et la neurasthénie elle-même.

Pour le médecin qui s'en tient à l'observation des symptômes sans s'inquiéter de leurs affinités, il suffit de constater que l'estomac est dilaté, qu'il est douloureux, qu'il y a des renvois, de la constipation pour formuler immédiatement un traitement dirigé contre les symptômes. Les neurasthéniques, avec leurs plaintes perpétuelles, leurs bizarreries de caractère et de goûts, ont toujours fait et feront longtemps encore, croyons-nous, le désespoir des médecins dont nous parlons.

Chez eux, en effet, le régime alimentaire le mieux suivi, et il est rare qu'ils aient la patience de suivre le même pendant longtemps, le traitement anti-dyspeptique le mieux combiné ne donne que des résultats passagers.

En effet, sur quoi s'appuyer pour le prescrire ?

Sur l'existence de la dilatation gastrique ? Mais beaucoup de neurasthéniques remplissent d'eux-mêmes l'indication capitale du traitement, puisque Beard a noté chez la plupart de ses malades le dégoût des boissons. Se fondera-t-on sur l'analyse chimique ?

Mais alors il faudrait la pratiquer plusieurs fois pendant le cours du traitement, et ce n'est pas toujours facile. Si, en effet, on s'en tient à une seule analyse, on risque fort de voir le suc gastrique se modifier, et alors le régime qui faisait merveille ne donne plus de résultats (Voir notre observation II).

Est-ce à dire pour cela qu'il ne faille pas s'occuper de la dyspepsie chez les neurasthéniques? Pas le moins du monde. Seulement il ne faut pas être trop systématique; on doit se tenir prêt à modifier les prescriptions en raison des indications; mais surtout il faut se rappeler que les troubles dyspeptiques de la neurasthénie ne représentent qu'un épisode du mal.

Ce qu'il faut traiter c'est l'état général.

Pour cela, tous les moyens employés contre les affections nerveuses seront employés. L'hydrothérapie rendra des services. Mais surtout, si l'on en croit Levillain, c'est le traitement électrique, employant l'électricité statique, qui peut améliorer et même guérir les malades. Ce procédé, que M. Vigouroux appelle la *franklinisation*, paraît avoir donné à ce médecin des succès nombreux et durables. Malheureusement il restera longtemps lettre morte pour beaucoup de malades et même de médecins faute d'avoir à portée l'outillage nécessaire.

Existe-t-il, pour les cas analogues aux nôtres, un traitement préventif? Peut-être, à notre avis, on devrait s'inquiéter de l'avenir quand une maladie infectieuse à forme gastrique vient frapper des sujets héréditairement prédisposés,* les soumettre non pas à

un traitement, mais à un régime suivi, les tonifier par le grand air, l'hygiène, et se montrer très sobre de médicaments. On pourrait dire de leur estomac, comme M. Peter de l'estomac des phthisiques, qu'il faut « l'entourer de soins pieux ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Influenza grave. — Neurasthénie consécutive avec prédominance des phénomènes gastriques.

M. C..., 23 ans, vient nous consulter pour des désordres multiples, sensations de froid, fatigue générale, et surtout pour des désordres dyspeptiques.

La santé de notre malade a toujours été bonne, à part quelques légères indispositions pendant l'enfance. Il avait en particulier un excellent appétit, et travaillait beaucoup dans une grande usine métallurgique à laquelle il était attaché en qualité d'ingénieur. Les parents se portent bien, et nous ne relevons aucun signe d'hérédité névropathique.

Au mois de février 1890, il fut pris de l'influenza, qui fut caractérisée par les phénomènes d'empoisonnement général, sans localisation précise. Dès les premiers temps, il perdit complètement l'appétit et ne tarda pas à tomber dans un état d'extrême faiblesse. Cet état dura trois mois sans amélioration notable ; l'appétit revient un peu à ce moment, mais les digestions étaient tellement pénibles que M. C... se décida à suspendre ses occupations et à réclamer notre intervention.

Au moment où nous le voyons (décembre 1891) le malade

est amaigri, mais les masses musculaires sont encore assez accusées, il nous dit cependant avoir perdu beaucoup de ses forces. Le teint est terreux, les yeux enfoncés ; mais ce qui frappe surtout c'est l'air de tristesse et d'abattement répandu sur sa physionomie. Il marche courbé, ayant l'air de s'abandonner ; la voix est sourde, la respiration gênée. A peine entré dans notre cabinet, il tire de sa poche un carnet sur lequel il a noté au jour le jour les accidents les plus insignifiants de sa maladie, et se met en devoir de le consulter « afin, dit-il, de ne rien oublier d'important ».

Parmi les phénomènes qu'il accuse nous notons : une sensation de pesanteur épigastrique se faisant sentir plusieurs heures après le repas ; une céphalée intense, la sensation d'un bandeau, d'une coiffure trop lourde ; une fatigue générale, avec sensation perpétuelle de froid aux genoux et aux pieds, des crampes fréquentes, une coloration noirâtre de la peau complètent cet ensemble.

Il n'y a pas de vomissements, peu de renvois ; les fonctions de l'intestin sont irrégulières. Il y a de temps à autre de la diarrhée, plus souvent de la constipation qui dure parfois pendant sept et huit jours sans amélioration.

L'examen direct des organes donne les résultats suivants :

La palpation de l'abdomen qui n'est pas météorisé est très douloureuse ; néanmoins petit à petit le malade s'accoutume au contact des doigts et nous pouvons explorer assez facilement les organes.

Nulle part on ne sent de tumeur, ni de résistance. Vers la fosse iliaque gauche on a la sensation de matières demi-dures accumulées dans le gros intestin (le malade n'est pas allé à la garde-robe depuis trois jours). Le creux épigastrique est un peu plus sensible que le reste de la cavité, mais il n'y a pas de douleur vive.

On obtient au-dessous des fausses côtes gauches un bruit de clapotage gastrique très accusé; d'ailleurs le malade nous dit que souvent, en se retournant la nuit dans son lit, il a la sensation d'une masse liquide qui se déplacerait.

Nous proposons l'analyse du suc gastrique, qui est pratiquée le lendemain, après repas d'épreuve composé d'un œuf, 100 grammes de pain, un verre d'eau.

Cette analyse nous montre un suc gastrique faiblement acide, mais contenant néanmoins de l'HCl, on y trouve également des peptones, de l'acide lactique en quantité faible; en somme, c'est un suc gastrique plus faible qu'un suc normal, mais ce n'est pas un liquide inerte.

Nous prescrivons à M. C... un traitement général : hydrothérapie et massage ; les lavages de l'estomac que nous avons conseillés n'ont pas été supportés. Quant au régime, le malade lui-même le règle et voici à quel résultat bizarre il arrive :

La viande de bœuf est digérée ; mais le mouton et le veau ne le sont pas. Le poisson est en général mal supporté ; toutefois la morue est admirablement digérée sous toutes les formes. Les pommes de terre et le pain sont assez mal tolérés ; les purées de légumes secs passent facilement. Quand aux boissons, le lait donne des renvois ; le vin rouge et le vin blanc en très petite quantité sont acceptés, mais l'eau détermine une sensation de poids telle que le malade préfère ne pas boire. Les boissons chaudes donnent des nausées.

En somme, après deux mois d'essais sans résultat, le malade, ne parvenant pas à améliorer sa santé, me déclare qu'il va quitter ses occupations et aller s'établir dans le midi de la France où il espère se remettre.

Nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION II

Neurasthénie. — Aggravation des phénomènes après une grippe.

M. D..., 42 ans, est un homme d'apparence robuste, vaillant et se fatigant beaucoup dans une maison de banque qu'il dirige. Mère nerveuse, père mort d'une affection cérébrale. Le malade a deux enfants, nerveux et impressionnables.

A l'âge de 18 ans, hémoptysies, bronchite, abcès froid des côtes ; à la suite d'un traitement énergique par la suralimentation et d'un séjour prolongé au bord de la Méditerranée. M. D... s'est remis complètement.

Cependant, depuis ce temps, son caractère a changé ; il est devenu irritable, impressionnable à l'excès ; ses digestions étaient le plus souvent bonnes, mais de temps à autre il souffrait de l'estomac. En somme, tous ces symptômes n'étaient pas très intenses, puisqu'il suffisait d'un repos de quelques jours pour lui rendre la santé.

En 1889, il eut l'influenza, moyennement intense, puis à la suite, une faiblesse générale qui disparut après un repos complet de deux mois.

En 1890, bronchite, coryza, troubles gastro-intestinaux ; en somme grippe assez sévère. Dès les premiers jours l'appétit se perd, en même temps que le malade devient de plus en plus nerveux et excitable.

Nous le voyons à ce moment, et nous constatons les phénomènes suivants :

Tout d'abord, le côté gauche du thorax offre des cicatrices

nombreuses ; les unes, enfoncées, proviennent des abcès ossifluents costaux. Les autres, plus superficielles, sont la trace des agents révulsifs employés à outrance contre son affection tuberculeuse. L'auscultation ne révèle que de l'obscurité du murmure vésiculaire et des signes d'emphysème ; disons tout de suite que l'examen bactériologique des crachats est négatif au point de vue des bacilles de Koch.

Ce qui frappe chez M. D..., comme chez le précédent malade, c'est l'air triste, abattu ; c'est l'aspect fatigué, usé, qui contraste singulièrement avec la haute taille et les muscles développés du patient. La voix est presque éteinte, cependant la respiration ne semble pas gênée.

M. D... accuse une sensation de poids aux membres inférieurs, avec des crampes, des engourdissements : il a, dit-il, la tête « lourde » mais il n'existe pas de céphalée nette.

L'estomac est très dilaté, et le bruit du clapotage gastrique descend jusqu'à l'ombilic ; les digestions sont très pénibles, bien que l'appétit soit conservé, mais du reste assez capricieuses. Il éprouve habituellement une sensation de pesanteur épigastrique, sans douleurs vives, qui se manifeste surtout 5 à 6 heures après le repas. Le sommeil est troublé par des cauchemars, quelquefois même il y a une insomnie complète.

Nous pratiquons l'examen du suc gastrique. La recherche qualitative est seule faite. Par le réactif de Günzbourg (Phloroglucine vanilline), on obtient une teinte rouge vif comparable à celle que donne une solution d'HCl à 4 pour 1000. Il y a des peptones, pas d'acide lactique. L'absence de réduction avec précipité jaune de la liqueur de Fehling indique que le suc gastrique empêche la réaction de la salive sur les sucres.

Nous prescrivons le régime institué par M. le professeur

G. Sée en pareil cas : bicarbonate de soude à dosé élevée au moment des sensations douloureuses, et comme régime alimentaire, la viande, les œufs, les aliments en un mot qui peuvent être digérés par l'estomac et l'hydrothérapie.

Ce traitement est suivi d'une amélioration notable, mais un mois après sa visite M. D... éprouva une violente émotion. De nouveau ces malaises reparaissent. Cette fois ils ont changé de caractère ; l'état nerveux s'est accentué, et du côté des digestions on observe de la flatulence, des nausées, des renvois odorants.

Un second examen du suc gastrique donne des résultats opposés à ceux du premier. Il est en effet impossible d'y déceler l'HCl libre, mais on y trouve des acides de fermentation, bien que l'examen ait été pratiqué dans les mêmes conditions que l'autre.

Depuis, nous avons plusieurs fois revu M. D... Son état nerveux reste stationnaire. Fait curieux, tous ses troubles digestifs disparaissent avec une extraordinaire rapidité, sans aucun traitement, dès qu'il quitte le milieu agité où il vit ordinairement. Un séjour de deux semaines au bord de la mer le transforme d'une façon complète.

OBSERVATION III (thèse de Mounier).

Neurasthénie gastrique. — Pleurésie antérieure.

X..., 26 ans, mécanicienne.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse, qui avait des attaques d'hystérie, rien du côté du père.

Antécédents personnels. — Pleurésie à 17 ans, n'a pas toussé depuis ; anémique dans l'enfance, réglée à 14 ans.

Aménorrhée pendant 2 ans. Nerveuse, pleurait et riait sans motif, comme maintenant du reste.

Les douleurs remontent à 8 ans, époque où elle a commencé son métier en même temps qu'elle se mariait. Après quelques semaines de surmenage pour terminer des commandes, elle est atteinte de pesanteur dans l'estomac, puis de vomissements faciles et très acides, 2, 3 ou 4 heures après les repas.

Les douleurs à l'épigastre se montrent aussi bien avant qu'après le repas ; le pyrosis et les vomissements acides sont plus fréquents lorsque la malade fait à la machine un travail plus long que l'habitude.

Elle n'a jamais vomi ni craché de sang, ne tousse pas, ne sue pas la nuit, et malgré un aspect cachectique on ne trouve rien aux poumons ou dans les autres organes : la température est normale.

Depuis le mois d'octobre ses souffrances ont beaucoup augmenté ; elle ne vomit plus comme avant, mais lorsqu'elle souffre trop, après les repas qui sont copieux, car elle a conservé son appétit, elle se fait vomir en s'enfonçant le doigt dans la gorge.

Elle a essayé de tous les médicaments qui ont aussi peu réussi les uns que les autres à la calmer.

Les maux de tête sont peu fréquents mais il se produit quelquefois des vertiges ; la malade présente par instants des pertes complètes de mémoire. L'insomnie est très marquée.

On ne relève chez cette femme aucun signe d'hystérie ; elle a beaucoup de pertes blanches.

Le 28 mai. — Après un repas d'épreuve composé de 1/2 litre de lait et un petit pain blanc.

On retire au bout de 2 heures, avec la sonde, un liquide verdâtre :

Faiblement acide.

Pas de réaction de Günsburg.

Pas de peptones.

Réaction d'Uffelmann.

Matières colorantes biliaires.

Le 4 juin. — Après un second repas d'épreuve composé comme le premier, on retire au bout de 2 heures un demi litre environ de liquide un peu verdâtre, dont les premières portions étaient claires.

Pas de réaction de Günsburg.

Pas de réaction du Biuret.

Réaction acide au papier de Tournesol.

Réaction d'Uffelmann.

Nous prescrivons à la malade le régime suivant :

Amers 1/2 heure avant le repas.

Aussitôt après le repas 1/2 verre de la solution à 4 pour 1000 de la solution d'HCl, puis 2 heures après un autre 1/2 verre.

Une douche en jet, sur le dos et la région épigastrique, et de quelques secondes seulement.

19 juin. — Il y a 4 jours, la malade allait beaucoup mieux, surtout au point de vue de ses douleurs de l'épigastre ; elle se sentait beaucoup plus forte.

Depuis le 10 juin, elle avait régulièrement suivi le traitement. Il est à noter que la solution d'HCl à 4 pour 1000 brûlait fortement la malade. Nous l'avons réduite à 2 pour 1000 et elle la supporte beaucoup mieux.

A partir du 15 juin, nous avons commencé à lui faire prendre chaque matin au moyen d'un tube 50 grammes de poudre de viande délayée dans du lait ; la patiente a parfaitement supporté ce gavage ; elle se sent de mieux en mieux et les envies de vomir ont disparu. Nous avons remarqué

que la fonction motrice de l'estomac est parfaite et peut-être même un peu exagérée. Lorsque nous faisons, en effet, vers 9 heures le lavage qui précède l'introduction de la poudre de viande dans l'estomac, c'est à peine si l'eau de retour ramène une ou deux petites feuilles d'oseille, seul résidu de la soupe que la malade prend vers 7 heures 1/2 du matin.

Nous nous proposons de rechercher si l'HCl est toujours absent du liquide stomacal.

20 juin. — L'analyse du repas d'épreuve, retiré après 3 heures cette fois, et composé de 1/2 litre de lait et un petit pain, a donné les résultats suivants :

Pas de réaction de Günsburg.

Réaction très nette d'Uffelmann. Réaction du biuret, ce qui indique la formation de peptones et par conséquent un mieux notable, car dans les deux premiers repas nous n'avions pas trouvé la réaction du biuret.

Il est probable et même certain que la petite quantité d'HCl secrétée par l'estomac de notre malade et utilisée pour la formation des peptones était à l'état d'HCl combiné. C'est ici que la méthode de MM. Hayem et Winter a été précieuse à employer, mais notre incompetence chimique nous interdisait d'en faire usage.

OBSERVATION IV

Tirée du mémoire de M. A. Rémond.

Citée par Mounier.

X... n'avait pas d'antécédents nerveux héréditaires ni personnels. Il eut une fièvre typhoïde grave à forme ataxo-dynamique vers l'âge de 15 ans. Il lui était resté consécutivement à cette maladie un catarrhe chronique de l'oreille droite. Signalons encore ce fait que le malade avait des hémorroïdes qui causaient de temps en temps des pertes sanguines considérables.

Bien portant jusqu'à l'âge de 31 ans il avait éprouvé entre 24 et 30 ans pendant plusieurs années une série d'ennuis graves de tout genre.

A 31 ans il fut atteint pour la première fois d'une crise gastrique nette qui fut suivie jusqu'à sa mort d'un grand nombre de crises semblables. Elles siégeaient au creux épigastrique avec irradiations douloureuses dans le dos et vers les membres supérieurs. L'intensité de la douleur était telle que le malade criait et se plaignait presque sans interruption.

Au début ses souffrances duraient environ 6 heures; plus tard elles se prolongeaient avec des intervalles de rémission et de paroxysme jusqu'à 60 heures.

Leur retour était irrégulier; le malade vomissait peu, difficilement, et cette complication ne se produisit que quelques fois pendant tout le cours de sa maladie.

Ces crises étaient provoquées par une contrariété, une colère, une fatigue intellectuelle sérieuse, une excitation morale quelconque. Leur évolution était d'ailleurs quelquefois retardée

par la volonté du malade ; ou, en d'autres termes, quand, au cours d'une crise, il était distrait d'une façon violente, les douleurs cessaient pour ne reprendre que lorsque la cause perturbatrice avait disparu et suivre leur cours régulier.

Le malade n'a jamais eu d'affection hépatique, jamais d'ictère. L'estomac était sain dans l'intervalle des crises.

Jamais il n'y eut d'hématémèse, jamais de méloena, et la santé du malade restait parfaite en dehors des périodes douloureuses à l'exception d'une constipation légère. Celle-ci augmentait pendant les crises.

Le système nerveux était intact, le réflexe rotulien conservé ; jamais le malade n'a ressenti de douleurs fulgurantes, jamais il n'a éprouvé de troubles du côté des organes des sens ; enfin il n'y avait pas de signes d'athérome ni d'angine de poitrine.

Les crises commençaient à s'espacer et à se faire de plus en plus rares lorsque le malade se trouva de nouveau en proie à des inquiétudes et à des souffrances extrêmement vives.

Ces ennuis qui durèrent plus d'un an amenèrent une recrudescence notable dans l'intensité et la durée des crises : enfin le malade mourut à 52 ans, brusquement sidéré à la suite d'un accès plus violent que les autres.

Les crises survenaient tantôt brusquement, tantôt après quelques symptômes prémonitoires, consistant en pesanteur stomacale ou en migraine ophthalmique. Enfin elles étaient fréquentes lorsque le malade était épuisé par un flux hémorroïdaire abondant.

CONCLUSIONS

I. — La neurasthénie avec prédominance des accidents gastriques peut résulter d'une maladie infectieuse.

II. — Cette maladie infectieuse paraît surtout agir chez les sujets prédisposés héréditairement ; mais cependant cette prédisposition n'a pu être mise en évidence dans un de nos faits.

III. — Le mode d'action des maladies infectieuses paraît être le même que celui des violentes secousses physiques ou morales.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BEARD. — New-York Medical Journal, 1868.
BOUVERET. — Traité de la neurasthénie.
WEIR MITCHELL. — De la neurasthénie.
LEVILLAIN. — La neurasthénie. Maladies de Beard, 1891.
BLANC CHAMPAGNAC. — Thèse de Paris.
MOUNIER. — Th. de Paris, 1890 (bibliographie).
MATTIEU. — Traité de médecine.
G. SÉE. — Des dyspepsies.
Bull. de l'Ac. de méd., 1891.
LYON. — Anal. du suc gastrique. Th. de Paris, 1890 (bibliographie).

